

## FARMACIA

.....

Via ..... N. ....

Telefono .....

e-mail.....

### Atto di adesione

Il/La sottoscritt\_\_ .....

TITOLARE  
DIRETTORE della farmacia .....

Sita in .....Via.....N.....

- dopo aver preso visione del Regolamento della Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - Facoltà di Farmacia - per il tirocinio professionale previsto per studenti del Corso di Laurea Specialistica magistrale in Farmacia e CTF

### Dichiara

di aderire alla Convenzione stipulata tra codesto Ordine e la sopra indicata Università.

**Numero massimo di tirocinanti accettati per ogni anno accademico .....**

**TUTOR: Dott.** ..... (obbligatorio in caso di più tirocinanti)

- Il rapporto tra Tutor aziendali e Tirocinanti deve essere 1:1 -

In fede.

.....  
(firma)